

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

89

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

AHARFI Georges

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 20 Juin 1909, à Oudja (Maroc).

Présentée et soutenue publiquement le 29 AVR. 1942 19

DRAINAGE

ABDOMINAL OU VAGINAL

DANS

L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE

Président : M. QUENU, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcleux, 29

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **AHARFI.**

Prénoms: **Georges.**

Date de la soutenance: _____

Numéro d'ordre: _____

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

AHARFI (Georges). — Drainage abdominal ou vaginal dans l'hystérectomie abdominale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 26 p.
(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

AHARFI (Georges). — Drainage abdominal ou vaginal dans l'hystérectomie abdominale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 26 p.
(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

AHARFI (Georges). — Drainage abdominal ou vaginal dans l'hystérectomie abdominale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 26 p.
(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

AHARFI (Georges). — Drainage abdominal ou vaginal dans l'hystérectomie abdominale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 26 p.
(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

AHARFI Georges

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 20 Juin 1909, à Oudja (Maroc).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

DRAINAGE

ABDOMINAL OU VAGINAL

DANS

L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE

Président : M. QUENU, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcleux, 29
1942



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CADENAT.
Cliniques des maladies infectieuses	GOSSET.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	MONDOR.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	LEVEUE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	BROCQ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	DONZELOT.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirur-	HAGUENAU	Pathologie	médi-
	gicale.			cale.	
BARIETY	Pathologie	médi-	LACOMME	Obstétrique.	
	cale.		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médi-	LAVIER	Parasitologie.	
	cale.		LELONG	Pathologie	médi-
BESANÇON Justin.	Hydrologie.			cale.	
BONNET	Bactériologie		LEMAIRE	Pathologie	expéri-
BOULIN	Pathologie	médi-		mentale.	
	cale.		LENEGRE	Pathologie	médi-
BROUET	Pathologie	médi-		cale.	
	cale.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
BULLIARD	Histologie.		MARCHAL	Pathologie	médi-
CACHERA	Pathologie	médi-		cale.	
	cale.		MENEGAUX	Pathologie	chirur-
CORDIER	Anatomie.			gicale.	
COSTE	Pathologie	médi-	MOLLARET	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médi-
DELARUE	Anatomie	patholo-		cale.	
	gique.		PATEL	Pathologie	chirur-
DELAY	Pathologie	médi-		gicale.	
	cale.		PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirur-
DESGREZ (H.)	Physique.			gicale.	
DESOILLE	— Médecine légale.		RENARD	Ophthalmologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RICHET	Physiologie.	
DOGNON	Physique.		SENEQUE	Pathologie	chirur-
FEVRE	Pathologie	chirur-		gicale.	
	gicale.		SICARD	Pathologie	chirur-
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirur-		gicale.	
	gicale.		SOULIE	Pathologie	médi-
GALLIARD	Parasitologie.			cale.	
GARCIN	Pathologie	médi-	SUREAU	Obstétrique.	
	cale.		TURPIN	Pathologie	médi-
Mlle GAUTHIER-				cale.	
VILLARS	Anatomie	patholo-	WILMOTH	Pathologie	chirur-
	gique.			gicale.	
DE GENNES	Pathologie	médi-			
	cale.				

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie	HUGUENIN	Anatomie
	gicale.		Patholo-
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		gique.
GUENIOT	Obstétrique.	LE LORIER	— Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
	chirur-		Piédélievre . . .
	gicale.		Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE		BASSET	
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	Clinique chirurgi- cale.
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy	Clinique médicale.	MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

A MES COLLEGUES D'INTERNAT

A MES MAITRES ET A MES CAMARADES
DE L'HOPITAL MILITAIRE PERCY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. QUENU

Professeur de Pathologie chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse. En témoignage de
respectueux attachement.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO.

Hôtel-Dieu 1930

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABBE. *In memoriam.*

Hôtel-Dieu 1930

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO.

Hôtel-Dieu 1931

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST.

Laennec 1932

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MOREAU.

Bicêtre 1933

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE.

Saint-Louis 1934

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION.

Necker 1935

INTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR DENIKER.

Tenon

MONSIEUR LE DOCTEUR ECALLE.

Bouclaut

MONSIEUR LE DOCTEUR GATELLIER.

Marmottan

MONSIEUR LE DOCTEUR HOUDARD.

Tenon

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. HOUDARD

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

En témoignage de notre affection et du souvenir inoubliable de notre année d'internat pendant laquelle il n'a cessé de nous diriger.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR AUROUSSEAU

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont la bienveillance nous a été si précieuse.

Qu'il veuille bien trouver dans ce travail l'expression de notre affectueuse gratitude.

Le but de ce travail n'est pas de discuter l'opportunité du drainage ni son fonctionnement.

Dans une première partie de ce travail nous exposerons les différents moyens de drainage utilisés au cours des différentes hystérectomies abdominales.

Dans une deuxième partie nous décrirons la technique du drainage déclive, et de ses avantages ainsi que le témoignent quelques observations prises dans le service de notre Maître le Docteur HOUDARD.

La question du drainage après hystérectomie constitue un problème discuté. Certains drainent toutes les hystérectomies, mêmes les subtotaux pour fibromes.

D'autres drainent par le vagin en faisant une totale.

D'autres enfin, usent et même abusent parfois du Mickulicz.

En fait, l'accord paraît loin d'être réalisé aussi paradoxal que paraisse ce fait à l'occasion d'une intervention aussi réglée que l'hystérectomie abdominale.

Le drainage abdominal peut être réalisé suivant trois modalités:

Drainage simple du Douglas par tube.

Drainage plus large par mèches et tubes.

Enfin le drainage par sac de Mickulicz.

Le simple drain dans le cul-de-sac de Douglas est un procédé couramment employé.

Certes, il permet l'aspiration du sang et de sérosités épanchés dans la grande cavité, mais il ne saurait drainer la tranche de section du col, ni surtout le tissu cellulaire de la base des ligaments larges.

Par ailleurs, cette aspiration nécessite des précau-

tions minutieuses d'asepsie, qu'on ne peut toujours contrôler.

D'autre part, ce drain abdominal, n'est pas sans présenter un autre inconvénient, celui des occlusions post-opératoires.

Il semble donc que le drainage du Douglas ne mette pas à l'abri des complications septiques du côté péritonéal.

et qu'il peut être par lui-même nuisible.

Le drainage par tubes et mèches n'est pas, lui non plus, à l'abri des critiques. S'il établit un cloisonnement plus large il présente l'inconvénient d'adhérer aux anses intestinales, d'où possibilités d'occlusions.

Le Mickulicz réalise évidemment le mode de drainage abdominal le plus large et le plus efficient. Nous ne rappellerons pas toutes les discussions qu'il a suscitées. Pourtant, si l'on a parlé de guérison dont il est certes responsable, on ne dit rien sur les accidents qu'on peut lui reprocher. Les risques d'occlusion, la longueur de cicatrisation de la paroi abdominale, la fréquence d'éventration sont ici à leur maximum. En outre, il a essentiellement un pouvoir de blocage d'une cavité accessoirement celui de drainage.

Le drainage vaginal supprime toutes les causes d'accidents ci-dessus énumérés. Draine au point décline une zone que l'on peut isoler de la grande cavité. Présente donc une sécurité certaine sur le drai-

nage abdominal, et doit lui être préféré toutes les fois que le vagin est ouvert qu'il s'agisse d'hystérectomie totale ou de Wertheim. Il n'est pas toujours nécessaire de recourir à la totale. Quoi qu'il faille être généreux dans les indications des hystérectomies totales, nous ne contestons pas les nécessités de la supra-vaginale plus rapide, plus facile et moins grave. Sans vouloir reprendre les arguments classiques en faveur de l'un ou de l'autre type d'hystérectomie, et ce, à moins d'indication impérieuse, la totale peut être difficile, et son hémostase peut être plus laborieuse. Aussi, elle doit être dans certains cas abandonnée, et ceci n'élimine pas la possibilité du drainage déclive.

Ainsi donc, le drainage vaginal est d'une sécurité certaine parce qu'il draine les espaces sous-péritonéaux et permet l'exclusion de la grande cavité par une péritonisation colo-vésicale ou vésico-rectale.

Nous étudierons maintenant les possibilités du drainage et de la péritonisation.

Dans les hystérectomies subtotaux.

Dans les hystérectomies totales.

Voici une observation dans le service de notre Maître le Docteur HOUDART qui illustre les avantages du drainage déclive, pour un cas, où un Mickuliez aurait pu trouver son indication.

B... Germaine, âgée de 30 ans, opérée le 25 août 1941, pour pyosalpinx gauche et salpingite droite prolabée dans le Douglas.

Hystérectomie abdominale subtotale. On fend la lèvre postérieure du col jusqu'à l'insertion vaginale.

1 drain et 2 mèches vaginales.

Péritonisation colo-vésicales.

Les suites opératoires furent des plus simples.

Les mèches retirées le quatrième jour.

La malade guérie, est sortie le seizième jour.

Ce drainage déclive dans les hystérectomies abdominales semble présenter en effet une sécurité certaine.

PERRIER (Thèse de Lyon, 1900) décrit un drainage vaginal, pouvant remplacer un Mickulicz abdominal et qu'il désigne sous le nom de « Mickulicz vaginal ». Henry O. MARCY déclare: « La vraie voie de drainage n'est plus la voie abdominale, mais la voie vaginale ».

Ce drainage déclive peut être réalisé par les procédés suivants:

Soit en fendant la lèvre postérieur du col,

Soit en évidant le col au point de le « tunelliser ».

Mais c'est dans les hystérectomies totales, que le drainage déclive est réalisé au maximum. Aussi est-ce un procédé de choix au cours des hystérectomies. Rappelons les opinions de :

TIXIER, de Lyon. En établissant un large drainage

par le vagin du tissu cellulaire de la base des ligaments larges, permet un écoulement certain des suffusions sanguines. Tout hématome favorise la production d'embolie.

— J.-L. FAURE, lui-même, déclare : « Il n'y a dans la totale qu'un seul élément qui puisse agir dans le sens d'une diminution de la gravité par rapport à la subtotale. C'est la facilité de drainage. »

Mais il ne suffit pas de pratiquer un drainage déclive, il faut aussi instituer une barrière infranchissable à l'infection ascendante, protéger le grand péritoine par une péritonisation étanche — et ceci nous oblige à décrire cette péritonisation qui fait partie intégrante avec le drainage déclive.

Le cloisonnement du petit bassin ne se fait tant dans les hystérectomies subtotaux, que dans les hystérectomies totales.

HENAULT, dans le *Journal Belge de Chirurgie*, préconise la péritonisation haute dont il résume les avantages :

Extra-péritoniser les surfaces cruentées, souvent infectées du petit bassin, le grand danger immédiat de l'hystérectomie étant l'infection ascendante du péritoine.

Eviter la formation d'adhérences développées soit entre les anses intestinales seules, soit entre celles-ci et le grand épiploon ou les organes conservés dans le petit bassin.

Soit avec les surfaces dénudées des plaies opératoires.

Permettre une fermeture per primam de la plaie abdominale, diminuant le risque d'éventration.

Nous concluons donc avec cet auteur, aux avantages de la péritonisation haute du bassin.

WIART dans le journal de chirurgie de juin 1929 décrit ce procédé de péritonisation haute par un surjet colovésical, procédé repris dans la thèse de son élève DIAMANT-BERGER.

A la clinique de la Salpêtrière le Professeur GOSSET utilise la péritonisation vésico rectale parce que cette technique laisse une plus petite cavité sous péritonéale, et n'entraîne pas de modifications des rapports coliques.

Par surcroît elle évite de tenir compte des variations morphologiques du sigmoïde.

Enfin elle permet de restituer un plancher pelvien résistant, exclusivement péritonéal, assurant une statique pelvienne normale, alors que le procédé colovésical, oblige un intestin sensible et irritable à supporter directement toute la poussée abdominale.

Il apparaît donc à notre avis :

que le drainage déclive associé à la péritonisation vésicorectale ou colovésicale est le drai-

nage de choix au cours des hystérectomies abdominales.

Sans rejeter le drainage abdominal qui est souvent insuffisant lorsqu'il s'agit de drainer, on doit lui préférer toutes les fois qu'il est possible le drainage vaginal :

soit par section lèvres postérieure du col,
soit surtout par totale.

OBSERVATIONS

I. — Femme de 45 ans. Entrée pour fibrome.

Intervention le 9 juin 1941.

Hystérectomie totale péritonisation colovésicale.

2 mèches et un drain. Suites opératoires simples.

Sortie le 25 juin 1941.

II. — Femme de 44 ans entrée pour fibrome.

Intervention le 13 juin 1941.

Hystérectomie totale.

Péritonisation colo vésicale.

2 mèches et un drain vaginal. Suites opératoires
simples.

Sortie le 27 juin 1941.

III. — Femme de 59 ans, entrée pour fibrome.

Intervention le 12 juin 1941.

Hystérectomie totale.

Péritonisation colovésicale. Suites opératoires sim-
ples.

Sortie le 26 juin 1941.

IV. — Femme de 39 ans entrée pour fibrome.

Hystérectomie totale le 27 juin 1941.

Péritonisation colo vésicale.

Sortie le 12 juillet 1941. Suites opératoires simples.

V. — Femme de 35 ans.

Opérée le 17 juillet 1941 pour pyosalpinx rompu à la cinquième heure.

A l'intervention liquide louche intra péritonéal.

Gros hydrosalpinx gauche fissuré.

Pyosalpinx droit.

Fibrome du fond.

Hystérectomie totale.

Péritonisation colovésicale.

Drainage par un drain n° 40 dans le Douglas.

2 mèches et 1 drain vaginal.

Sortie le 3 août 1941.

VI. — Femme de 50 ans entrée pour métrorragies.

Hystérectomie totale le 11 août 1941.

2 mèches, 1 drain vaginal. Péritonisation colovésicale.

Suites opératoires simples. Sortie le 26 août 1941.

VII. — Femme de 30 ans. Entrée pour pyosalpinx et salpingite.

Hystérectomie subtotale le 25 août 1941.

On fend la lèvre postérieure jusqu'à l'insertion vaginale.

1 drain et 2 mèches vaginales.

Péritonisation colovésicale.

Sortie le 10 septembre 1941.

Suites opératoires simples.

VIII. — Femme de 47 ans.

Entrée pour métrorragies.

Col dur.

Hystérectomie totale le 10 novembre 1941.

Péritonisation colovésicale.

Suites opératoires simples.

Sortie le 25 novembre 1941.

IX. — Femme de 37 ans.

Entrée pour salpingite bilatérale.

Hystérectomie subtotale le 28 novembre 1941.

Section lèvre postérieure du col.

1 drain et 2 mèches vaginales.

Péritonisation colovésicale. Suites opératoires simples.

Sortie le 14 décembre 1941.

X. — Femme de 31 ans.

Entrée pour fibrome à l'intervention hématosalpinx bilatéral.

Hématocèle rétro utérine.

Hystérectomie subtotale le 29 novembre 1941.

Section lèvres postérieure du col.

2 mèches et un drain vaginal.

Péritonisation colovésicale.

Suites opératoires simples.

Sortie le 15 décembre 1941.

CONCLUSIONS

I. — Au cours de toute hystérectomie, la section du col, constitue un temps septique.

II. — Drainage et péritonisation constituent un temps particulièrement important.

III. — Le drainage abdominal type Mickulicz garde certes tout son intérêt :

Dans les cas d'inondation septique de la grande cavité, ou dans les péritonites d'origine puerpérales.

IV. — Hormis ces cas, dans les hystérectomies courantes il faut drainer l'espace sous-péritonéal, siège possible de cellulite et de suffusions sanguines.

V. — Le drainage vaginal est alors préférable au drainage abdominal

parce qu'il est au point déclive et permet l'exclusion de la grande cavité.

VI. — Le drainage déclive est réalisé au maximum dans l'hystérectomie totale qui supprime le col.

Dans l'hystérectomie subtotale, on peut aussi réaliser le drainage déclive :

Soit en fendant la lèvre postérieure du col.

Soit en évidant le col au point de le « tunneller ».

VII. — Enfin il est d'autres faits que nous avons notés au cours de ces hystérectomies par drainage déclive.

C'est la rapidité avec laquelle ces malades rendent leurs gaz.

L'absence de ballonnement transitoire témoin d'une réaction péritonéale discrète.

L'allure régulière des courbes thermiques.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
QUENU

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

DIAMANT BERGER. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie. (*Thèse* Paris 1929).

GOSSET et MILANITICH. — Hystérectomie totale pour fibrome. (*Ann. de Méd. et chirurgie*, T. I, n° 1, 1927-1928).

HENAULT. — Péritonisation haute et drainage en gynécologie. (*Journal de chirurgie*, T. XVIII, n° 5, mai 1910, p. 103).

LEDOUX. — Hystérectomie totale avec drainage. (*Thèse*, Paris 1925).

SCHWARTZ. — Les phlébites post opératoires. (*Bull. et Mém. de la Société chirurgie*, 17 janvier 1934).

WIART. — Sur quelques points de la technique de l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome ou salpingite. (*Journal de chirurgie*, T. XXXIII, n° 6, juin 1929).

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S
